令和　　年　　月　　日

滋賀県国民健康保険団体連合会　御中

住所
開設者氏名　　㊞

福祉医療費請求書確認試験依頼書

福祉医療費請求書（連名簿）にかかる磁気媒体請求を開始するにあたり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

施術所名		電話番号	
施術所所在地	〒		
メーカー名			
磁気媒体	MT　・　FD　・　CD－R	見込件数	

本依頼書の提出期限は確認試験を実施する月の前月の 20 日までとする。